Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroradiologii

MIESIĘCZNY **HARMONOGRAM** UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ELEKTRORADIOLOGII W OŚRODKU DIAGNOSTYKI I TERAPII WEWNĄTRZNACZYNIOWEJ

miesiąc..... rok.....

.....

(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ	OD GODZINY*	DO GODZINY*	SUMA GODZIN W DANYM DNIU*
		Razem	

* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godz.

....

czytelny podpis Przyjmującego zamówienie

pis Pielęgniarki Oddziałowej

Signed by / Podpisano przez: Robert Mazur

Date / Data: 2025-02-11 14:53

....

pieczęć i podpis Dy iarstwa

Signed by / Podpisano przez: Elżbieta Lanc

Date / Data: 2025-02-11 11:53